(*Odbitka z „Medycyny" T. V, N. 15 z r. 1877*).

Przypadek tętniaka aorty,

(*aneurysma aortae*).

Spostrzegał i opisał dr. **Alfred Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Görbersdorfie.

Przypadek tętniaka aorty, którego opis tutaj podaję, nietylko pod względem pewnych, szczególnych właściwości przebiegu (o czem poniżej) zasługuje na uwagę, ale i z tego względu, że przypadek ten wielu bardzo kollegów z Warszawy mieli sposobność badać i że on był przedmiotem różnorodnych sprzeczności dotyczących się rozpoznania.

Szczegółowych wywiadów łaskawie dostarczył mi kol. Karwowski z Warszawy; takowe tutaj pokrótce podaję. „Znałem go (słowa dr. K.) od 1860 r. i byłem jego lekarzem domowym. Do roku 1866 człowiek ten wcale nie chorował, a nawet nigdy na nic się nie użalał. Życie prowadził dosyć prawidłowe z wyjątkiem, że od czasu do czasu zagrał się do późna w karty, poczem jednak widocznego uszczerbku na zdrowiu nie doznawał. Rodzice byli silni i dobrze zbudowani, szczególniej ojciec, który w podeszłym wieku umarł na zapalenie płuc. Pan Ł. zajmując w roku 1863 bardzo ważne rządowe stanowisko, musiał bardzo wiele pracować i często nocy nie dosypiać. Pewnego dnia w roku 1864 zaszedłszy do niego do biura, zastałem go drzemiącego nad papierami i uskarżającego się na duszność i gniecenie w piersiach. Zaraz na miejscu wybadałem go i ku wielkiemu memu zdziwieniu znalazłem oprócz nieżytu oskrzeli, tępość obszerną z przodu, zajmującą górną trzecią część mostka i lewą okolicę podobojczykową; tępość ta zlewała się z tępością serca, które było cokolwiek popchnięte ku lewej stronie. Jednocześnie wówczas zauważałem nadzwyczajną słabość tętna lewego promieniowego. Ponieważ w miejscu odpowiadającem owej tępości nie dawało się wyczuć ani tętnienie, ani żaden szmer nie był słyszalnym, wzią-



łem go więc za rozrost gruczołów sródpiersia, wywołujący ucisk na aortę i lewą tętnicę podobojczykową. Nie przypuszczałem również żadnego złośliwego nowotworu, a to mając na uwadze wiek i dotychczasowe zdrowie wraz z brakiem wszelkich objawów charłaczych.

Od tej pory chory doznawał od czasu do czasu napadów silnej duszności, połączonej zawsze z przekrwieniem, a nawet czasami z poczynającym się obrzękiem płuc. Napady te przychodziły najczęściej w nocy po zbytecznem zmęczeniu czy to pracą, czy jakiem nadużyciem; ustępowały w ciągu doby lub nawet i rychlej przy zastosowaniu miejscowych odciągnięć krwi środków przeczyszczających i t. d. Przy napadzie takim zwykle bywał zupełny brak tętna z lewej strony, które po przejściu napadu znowu dawało się chociaż słabo wyczuwać.

Przypuszczałem na tej podstawie że guz ten jest bogaty w naczynia i że chwilowe jego przekrwienie wywołane jakąś przyczyną, sprowadzało zwiększenie jego objętości i objawy ucisku na naczynia i tchawicę. W ten sposób stan przeciągnął się do roku 1869. Wtedy gdy zimową porą napady duszności zaczęły być częstszemi i dłużej trwającemi, w Marcu pojechałem z chorym do Wiednia, gdzie zaprosiłem na naradę prof. Opolltzer'a i Skodę, lecz każdego z osobna. Opolltzer wybadawszy bardzo starannie i wysłuchawszy historyi choroby był zdania, że to jest tętniak łuku aorty (*aneurysma arcus aortae*) i z godzinę bardzo logicznie mi tego dowodził, przepowiadając cały następny przebieg. Skoda na drugi dzień, również po szczegółowym egzaminie utrzymywał, że to jest rak śród piersia („*Mediastinal Krebs*"), że o żadnym tętniaku w danym przypadku i mowy być nie może.

Dalszy przebieg choroby mniej więcej ciągle był jednakowy. Chory w lecie wyjeżdzał to do Gleichenberga, to do Reichenhalu i zawsze wracał z nadzwyczajną poprawą. Wyjechawszy np. do Gleichenberga w 1870 r. z objawami nadzwyczajnej duszności, tam dotyla się poprawił, że bez zmęczenia wchodził na dość wysokie góry. Za to zimy bywały coraz to gorsze jak również i wiosny. Napady duszności bywały coraz częstsze, coraz większy ucisk na tchawicę. Chory chodził zgarbiony, męczył się zrobiwszy kilkadziesiąt kroków. Nareszcie zimą 1875—6 r. wczasie także napadu zaczął wypluwać cuchnącą plwocinę, co jednak ustało wraz z polepszeniem ogólnem. Przypuszczałem że część jakaś tchawicy uległa zużyciu że guz który się z nią zrósł przeszedł w częściowy rozpad. Muszę tu dodać, że w tych plwocinach krew bywała w nadzwyczaj małej ilości i to nie w postaci żyłek, lecz jakiejś różowej mleczanki. Na wiosnę raptownie wytworzył się obszerny wysięk opłucni lewej strony (*pleuritis exsudativa*), który się przyczynił do większej jeszcze duszności. Wysięk ten następnie w części uległ wchłonieniu. Lecz od tej pory stan chorego coraz się pogorszał, bóle miejscowe odbierały mu sen, mógł jednak chwilami sypiać, leżąc na lewym boku i robiąc nieustannie okłady lodowe. Bywały jednakże chwile, dnie nawet, w których się czuł względnie dobrze i pragnął koniecznie wyjazdu za granicę, gdzie w góry, mając w pamięci poprzednie dobre skutki takich

wycieczek. Wtedy przyszedł mi na myśl Goerbersdorf, jako jedyne miejsce, gdzie wspólnie z dobremi warunkami atmosferycznemi znaleźć może odpowiednią pomoc i opiekę lekarską”.

W dniu 1-ym Lipca 1876 chory przybył do zakładu tutejszego; wówczas stan przedstawiał się w następujący sposób: Chory 43 lat mający, dosyć dobrze zbudowany i odżywiany, przy pierwszem wejrzeniu przedstawiał objawy niezwykle silnej duszności (*ortopnoë*), a szczególniej wdechanie było silnie utrudnionem z jednocześnie mu towarzyszącem, zdaleka nawet słyszalnym, świszczącym oddechem. Twarz, jakoteż kończyny przedstawiały objawy lekkiej sinicy, ciepłota ciała prawidłowa, tętno w lewej górnej kończynie wcale nie istniało, w prawej tętnicy promieniowej było drobnem i bardzo częstem. Tętno obu tętnic dogłowowych (*carotis*) jednakie.

K l a t k a p i e r s i o w a przedstawiała budowę zupełnie prawidłową. Pod wpływem wyżej opisanej duszności wznosiła się i opadała gwałtownie; lewa strona tejże klatki piersiowej unosiła się zupełnie odpowiednio prawej stronie, a przy obmacywaniu nie przedstawiała żadnych szczególniejszych wstrząśnień. Uderzenie serca wierzchołkowe (*ictus cordis*) znaleźliśmy w 7-em międzyżebrzu w linii pachowej lewej (*axillaris sinistra*), było ono dosyć silnem, nie przedstawiało jednak cech uderzenia wstrząsającego.

Zapomocą opukiwania (*percussio*) znaleźliśmy z lewej strony klatki piersiowej z przodu rozległą bezwzględną tępość odgłosu opukowego. Tępość owa miała prawie kształt równoległoboku, którego granica górna, poczynając się prawie tuż przy rękojeści mostka, szła równolegle poniżej obojczyka, dochodząc prawie do linii pachowej; granicę wewnętrzną stanowiła linija obokmostkowa (*parasternalis sinistra*); zewnętrzna zaś biegła równolegle z linją pachową lewą, będąc od niej odległą na 2 do 3 ctm. Dolna granica, trudna do oznaczenia, zlewała się z dolną granicą tępości serca, dochodząc aż do punktu uderzenia wierzchołkowego serca t. j. w 7-em międzyżebrzu w linii pachowej lewej. Z tyłu klatki piersiowej znaleźliśmy odgłos opukowy nieco krótszym w okolicy międzyłopatkowej lewej, jakoteż nieznaczne stępienie w okolicy dolnych części lewego płuca.

P r z y o s ł u c h i w a n i u przedewszystkiem na całej przestrzeni klatki piersiowej dawał się słyszeć silny świszczący oddech, który w zupełności zakrywał oddech płucny pęcherzykowy, który tylko w ustępach odleglejszych od tchawicy, a głównie z tyłu był słabo słyszalnym.

W miejscu wyżej opisanej rozległej tępości, niesłychać było zgoła ż a d n e g o o d d e c h u ani innego objawu oddechowego, również odgłos (*fremitus*) był daleko słabszym aniżeli ze strony prawej.

T o n y s e r c a d o s y ć s i l n e, lecz prawidłowe co do rytmu, we wszystkich czterech punktach osłuchiwania, z wyjątkiem tonu drugiego tętnicy płucnej, który był wzmocniony. Obydwa tony aorty dosyć mocne lecz prawidłowe. Żadnych szmerów nigdzie nie było słychać.

Tony w obu tętnicach szyjowych również prawidłowe. Z tylnej strony klatki piersiowej, a mianowicie w okolicy międzyłopatkowej lewej słychać było obok wzmocnionego głosu, wydech oskrzelowy, i przy kaszlu nieco rzężeń

drobnych, wilgotnych. W dolnym ustępie klatki piersiowej z tyłu po lewej stronie oddech, jakoteż odgłos były znacznie osłabionemi.

Od czasu do czasu chory z wielką trudnością wypluwał plwocinę, która obok części pienistych, przedstawiała zbite kawałki, niektóre z nich rdzawo zabarwione.

Inne narządy nie przedstawiały wyraźnych zboczeń; łaknienie było wcale niezłe; wypróżnienia stolcowe prawidłowe.

Chory doznawał prawie ciągłej bezsenności, gdyż duszność silna, wyżej opisana, nie dozwalała mu prawie zupełnie sypiać.

Choremu zaleciłem pozostawać na wygodnej sofie przez cały dzień na świeżem powietrzu, i jednocześnie zaleciłem stosowanie bezprzestannie lodowych okładów na stronę lewą klatki piersiowej.

W ciągu dwóch tygodni duszność zaczęła powoli się zmniejszać, chociaż od czasu do czasu występowały gwałtowne, nieraz kilka godzin trwające napady duszności, przedstawiającej zupełnie zaduszający (asfiksyjny) charakter. W ciągu trzeciego tygodnia stan chorego polepszył się znacznie: objawy duszności zmniejszyły się do tego stopnia, że chory mógł przejść kilkadziesiąt kroków i swobodnie po kilka godzin dziennie rozmawiać. Również sen nieco powrócił, jakkolwiek zwykle w nocy występowały chociaż nie silne napady duszności. Z końcem trzeciego tygodnia napady duszności zaczęły znowu powracać, przybierając coraz silniejsze natężenie, tak, że wreszcie mieliśmy jednociągły napad, w trakcie którego jednego dnia chory wyrzucił z plwociną około szklanki jasno różowej krwi; obok tego wystąpiła zupełna bezsenność. W dwa dni potem t. j. 21 Lipca 1876 przy objawach wyżej opisanej duszności chory zmarł nagle.

W 24 godzin po śmierci wspólnie z kolegą Smuethusen'em i w obecności czasowo bawiących w Goerbersdorfie: kol. Kowalewskiego z Warszawy i Arkularius'a z New-Yorku, dokonaliśmy badania pośmiertnego, wynik którego był następujący [1]).

Trup silnie wychudły. Na twarzy i szyi sinica. Około kostek nieznaczny obrzęk. Klatka piersiowa nie przedstawiała żadnych nieprawidłowości.

Po ostrożnem otworzeniu klatki piersiowej oko nasze spotkało część prawego płuca, którego brzeg sięgał linii przymostkowej prawej (*lineae parasternalis dextrae*). Resztę zaś przestrzeni klatki piersiowej, dostępnej przy takich warunkach dla oka spostrzegacza zajmował jakiś twór, silnie pokryty tłuszczem szczególniej w dolnej części, i tkanką łączną. Worka sercowego i lewego płuca nie widziano wcale. Zaledwo przy pomocy rąk odszukaliśmy lewe płuco. Było ono zepchnięte w tył, ku górze i na zewnątrz, silnie zgniecione, prawie bezpowietrzne, twardawe w dotyku. Serce zaś znaleźliśmy w dolnej i najwięcej na zewnątrz wysuniętej części tworu, nie od-

---

[1]) Opis anatomo-patologiczny wyrobu, jako też rysunek zawdzięczam d-wi Matlakowskiemu, Asystentowi kliniki chir. Warsz. uniw.

graniczało się ono jednak od niego żadnym wyraźnym znakiem. W taki sposób twór ten sięgał: od rękojeści mostka aż do przepony i od linii przymostkowej prawej, gdzie granica jego była niemal równoległą do tej linii, aż do linii pachowej. Granicę zewnętrzną tego tworu, gdzie najbardziej wysunięty punkt jego sięgał linii pachowej, stanowiła linija skośna, idąca od 1 aż do 7 międzyżebrza. Powierzchnia tworu wypukła w dwóch kierunkach: na poprzek i z góry na dół. Na dotyk ścianki tworu podatne, miękkie, miejscami zaś bardzo twarde.

Przy wyjmowaniu zawartości jamy piersiowej przekonaliśmy się: że płuco prawe, nieco powiększone, wolne na całej swej powierzchni, w stanie zastoinowego przekrwienia i obrzęku. (*Hyperaemia hypostatica et oedema pulmonis dextri*).

Płuco lewe silnie przyrosłe uciśnięte znacznie zmniejszone, w stanie takiegoż przekrwienia (*compressio et hyperaemia pulm. sinistri*).

W dolnej części lewego worka opłucni: ślady przebytego zapalenia (*pleuritis*), zrosty, skrzepy krzepnika, trochę nawet płynnego wysięku. Aorta zstępująca piersiowa (*aorta descendens thoracica*), która została przeciętą tuż po nad przeponą dla umożebnienia wyjęcia tworu, przedstawiała gęste wyspy miażdżycowatych skostnień. Górna część jej przechodziła bezpośrednio w opisywany twór, w którym rozpoznaliśmy tętniaka aorty wstępującej i łuku (*aneurysma aortae ascendentis, arcus aortae et aortae descendentis thoracicae*).

Wyjęty z klatki piersiowej wraz z sercem przedstawiał on następujące wymiary: podłużny 23 $^1/_2$ ctm. przednio-tylny największy 11 ctm. i poprzeczny 15 ctm.

Przy oddzielaniu z tłuszczu, celem dokładniejszego zbadania stosunków, przekonalisamy się, że jama osierdzia wcale nie istniala: zrost listków osierdzia bardzo silny i całkowity na lewej połowie serca; na prawej zaś komórce napotykały się maleńkie puste przestrzenie między dwoma listkami osierdzia.

Teraz z kolei zajmiemy się opisem serca i tętniaka. Serce w ogóle powiększone. Szerokość u podstawy wynosiła 11 ctm. 2 mm. Długość od podstawy do wierzchołka 9 ctm. 3 mm. Wymiar przednio tylny 6 ctm. Grubość ścianki komórki lewej 1 ctm. 8 mm.—2 ctm. Mięśnie brodawkowate silnie rozwinięte. Obwód otworu przedsionko-komórkowego lewego 7 ctm. Zastawka dwudzielna w stanie prawidłowym. Obwód otworu aorty 7 $^1/_2$ ctm. Zastawki półksiężycowe również w stanie prawidłowym.

Powyżej podano już wielkość tętniaka wraz z sercem. Rozmiary samego tętniaka podać jest dosyć trudno, ze względu na brak wybitnych punktów, których przy mierzeniu trzymaćby się było można. Od otworu aortalnego do otworu pnia bezimiennego w prostej linni było 12 ctm. Obwód tętniaka w najszerszem miejscu 39 ctm, obwód na granicy z sercem 30 ctm. Odległość początku pnia bezimiennego od brózdy między tętniakiem i sercem, idąc po prawym brzegu tętniaka wynosiła 17 ctm. Tętniak umiejscowiony był w klatce piersiowej między mostkiem i kręgosłupem w taki sposób, iż oś jego podłużna niebyła równoległą do *Frontalebene* (?),

lecz szła ukośnie na lewo, i z tylu ku przodowi. Powierzchnia jego przednia, wypukła, pokryta sporym pokładem tłuszczu dotykała do mostka, lewych chrząstek żebrowych i prawego płuca, a we wklęsłości tylnej powierzchni, zamienionej na prawdziwy złób przez aortę, leżały: tchawica i oskrzela główne, żyła główna wstępująca, przełyk, i korzenie płucne. Tętniak siedział na komórkach sercowych pozostawiając za sobą przypłaszczone przedsionki, a wierzchołkiem sięgał ku otworowi górnemu klatki piersiowej (*apertura superior*).

Mając na uwadze wielkość tętniaka, mimowolnie podziwiamy: jakim sposobem mogł się pomieścić tak znaczny utwór w klatce piersiowej, i jak się ułożył do zgodnego pożycia z tylu podstawowemi narządami, których pełno w śródpiersiach, a których uszkodzenie śmierć przynosi niechybną. Nie zapominajmy że chory żył z tętniakiem lat kilkanaście. Ciekawemi są ustępstwa, jakie *nolens volens* robiły narządy nowotworowi, i stosunki ostateczne, jakie się ztąd wytworzyły, a które były *maximum* możebnych ustępstw. O sercu już wspomniano powyżej, że zostało zepchnięte ku dołowi. Jeśli fikcyjną powierzchnię podstawy serca podzielić, jak to czyni anatomija, na 3 jedna za drugą leżące części; to na przedniej siedzieć będzie tęt. płucna, na tylnej są otwory do przedsionków, a średnia przypadnie w udziale aorcie. Ten anatomiczny stosunek pozostał i tu *in crudo*. Tętniak siedział między tętnicą płucną i przedsionkami, które przylegały do jego powierzchwni tylnej. Przypomnijmy również ten stosunek, iż tęt. płucna krzyżuje się z aortą, która następnie zagina się naokoło prawej gałęzi tętnicy płucnej, i naokolo lewego oskrzela głównego. W ogólnych zarysach stosunek pozostał tenże sam: tętniak siedział na prawej tętnicy płucnej i na lewem oskrzelu. Tętnica płucna po wyjściu z serca zamiast iść ku górze, zmierzała poziomo, leżąc w bróździe między tętniakiem i komórkami serca, dochodziła do lewego brzegu tętniaka, tu wznosiła się do góry leżąc między nim i płucem uciśniętem, przebiegłszy ze 3 ctm. dzieliła się: prawa jej gałąź kierowała się pod i za tętniak; lewa zaś wstępowała jeszcze wyżej, aby dosięgnąć korzenia płuca i dopiero po przebiegu 3 ctm. zaginla się kolankowato, i prawie pod kątem prostym w bok na lewo, a po przebiegu jeszcze 2 ctm. dzieliła się na gałązki podrzędne.

Na wszystkich pniach powstających z łuku aorty znać fatalne ślady ucisku. Tętniak przeniósł punkt wyjścia pnia bezimiennego ku górze, i ku przodowi, wskutek czego sam pień, zamiast wznosić się ku górze, biegł poziomo ku tyłowi po ściance górnej tętniaka. Ze światłem pnia stało się to, co się robi ze światłem cewki kauczukowej przemocą zgiętej pod kątem prostym, t. j. światło zamieniło się w rodzaj owalnego otworu. Dopiero tętnice szyjowa prawa i podobojczykowa prawa odzyskały kierunek pionowy. Wejście do tęt. szyj. lew. leżało na ściance przedniej, w blizkości górnego końca tętniaka było zwężone jego uciskiem. O kilka centimetrów na lewo u samego szczytu tętniaka leżała tęt. podobojczykowa lewa. Jestto poprostu ślepo kończący się przewód powstały skutkiem zatkania naczynia. Zamiast ujścia do jamy tętniakowej znaleźlismy kilka pęp-

kowato pomarszczonych i wciągniętych ujść drobniejszych naczyń do światła zarosłej tętnicy.

Ż y ł a g ł ó w n a g ó r n a (*cava superior*) leżała w rowku między oskrzelem prawem i prawym brzegiem tętniaka, na tylnej ściance tego ostatniego.

P r z e ł y k leżał między tchawicą i lewym brzegiem tętniaka a poniżej obok aorty piersiowej zstępującej.

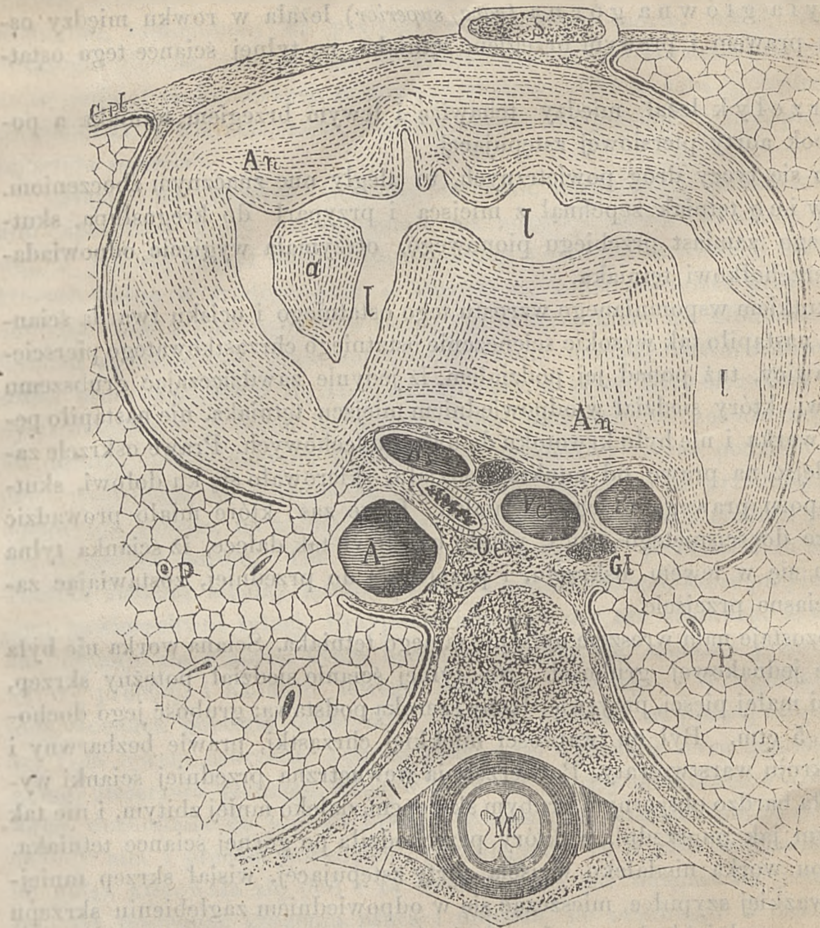
Co się tyczy dróg powietrznych, to uległy one znacznym zboczeniom. T c h a w i c ę tętniak zepchnął z miejsca i przyparł do kręgosłupa, skutkiem czego zamiast przebiegu pionowego, otrzymała wygięcie odpowiadające wierzchołkowi tętniaka.

Skutkiem wspomnianego wzrostu tego ostatniego i ucisku twardą ścianką jego, nastąpiło tak wysokie ścieńczenie ostatniego chrząstkowatego pierścienia tchawicy, tuż ponad jej podziałem, iż jedynie zawdzięczając grubszemu skrzepowi, który siedział w odpowiedniem miejscu tętniaka, nie nastąpiło pęknięcie worka i nie było krwotoku do dróg oddechowych. Prawe oskrzele zamiast odejść na prawo od punktu podziału, skierowało się ku dołowi, skutkiem naporu prawego brzegu tętniaka. Lewe zaś, które miało prowadzić powietrze do ściśniętego płuca, uległo uciskowi tak dalece, iż ścianka tylna wpukliła się w lewem oskrzelu, i przylegała do przedniej, zostawiając zaledwie ciasne przejście.

Pozostaje nam wreszcie opisanie samego tętniaka. Sciana worka nie była wszędzie jednakowej grubości. Na tylnej ścianie siedział potężny skrzep, wielkości małej pięści, przytwierdzony szeroką podstawą; grubość jego dochodziła do 5 ctm. Był on twardości miękkiej chrząstki, prawie bezbarwny i na przekroju warstwowaty. Powierzchnia wewnętrzna przedniej ścianki wysłana była bardzo obszernym grubym skrzepem, daleko mniej zbitym, i nie tak jednolitym jak poprzedni, w który przechodziła po górnej ściance tętniaka. Od stropu worka niedaleko wyjścia aorty zstępującej, wisiał skrzep mniejszy na wązkiej szypułce, mieszcząc się w odpowiedniem zagłębieniu skrzepu na ściance przedniej będącego. Lewa ścianka również była pokryta skrzepami. Za to prawa była od nich zupełnie wolną, sprężystą, grubości n iewiększej od ścianki aorty. W ten sposób utworzona jama tętniaka miała ścianki nierówne, zatokowate, tu i owdzie strzępiaste, z wyjątkiem ścianki prawej, na której można było rozpoznać gładką wewnętrzną (endotelijalną) powłokę. Zdaje się, iż ścianka ta stanowiła pozostałość po rozszerzonej aorcie, a mianowicie po tej części, którą nazywają zatoką czwartą (*sinus quartus s. maximus* Quain-Hofmann).

W końcu zwrócimy uwagę na wejście i wyjście aorty z tętniaka. Na 2 ctm. powyżej brzegu przyrosłego zastawek półksiężycowych znajdywała się wałkowata, twarda, prawie chrząstkowata fałda, w około obiegająca światło naczynia. Ponad tą fałdą, ropoczynał się tętniak; poniżej zaś znajdował się ocalały odcinek aorty wstępującej. Zastawki były zupełnie zdrowe. Ścianka aorty gładka, równa, sprężysta, i gdyby nie jedna wyspa miażdżycowa (ateromatyczna) tętniaka, byłaby zupełnie zdrową.

Przecięcie poprzeczne tętniaka aorty, podług rysunku dra Matlakowskiego.



M rdzeń kręgowy.
VI krąg grzbietowy 6-ty.
Cpl jama opłucna.
PP płuco.
Oe przełyk.
A aorta piersiowa.
Bs oskrzele lewe.
Bd oskrzele prawe.
Vc żyła główna wstępująca.
Gl gruczoł chłonny.
An An tętniak.
a skrzep w tętniaku.
lll światło tętniaka.
S kość mostkowa.

Aorta wychodząca z tętniaka posiadała ściankę całkowicie usianą miażdżycowemi wyspami twardości kości. Samo wyjście dalekie od postaci okrągłej, gdyż obszerne blaszki kostne w ściance inkrustowane, nadawały mu kształt nieprawidłowy. Oprócz tego aorta była w tem miejscu przez rodzaj półksiężycowatej fałdki zwężona. Obwód otworu w tem miejscu wynosił 7 centimetrów.

Teraz niech mi wolno będzie przedstawić krążenie krwi we wnętrzu samego tętniaka, pomiędzy jego skrzepami. Główny strumień krwi kierował się od otworu aortalnego odrazu naprawo poza tętnicą płucną, i dochodził aż do prawego brzegu tętniaka. Po prawej, gładkiej i cienkiej ściance tętniaka wznosił się ku górze, a oddzieliwszy strumień krwi dla pnia bezimiennego, dosięgał najwyższego punktu worka, następnie oblewał skrzep wiszący w jego łożysku, i po lewej ściance worka spadał ku dołowi i tyłowi, gdzie znajdował wejście do aorty piersiowej. Koryto tego strumienia na prawej ściance tętniaka było utworzone z jednej strony przez worek, z drugiej, a mianowicie ze strony jamy tętniaka, przez dwa skrzepy: skrzep ścianki tylnej, i takiż przedniej, które dotykając się swemi ku sobie skierowanemi wypukłościami, prawie całkowicie to łożysko krwi od pozostałej jamy oddzielały.

Zdanie to opieram najprzód na anatomicznej podstawie, aorta bowiem z samego początku zwracała się na prawo, zatem cały pęd krwi zwrócony był w tę stronę, a powtóre na tym fakcie, że właśnie prawa ścianka worka była najcieńszą, widocznie wypchniętą pod wpływem nacisku, i zupełnie wolną od skrzepów, które grubszą lub cieńszą warstwą pokrywały wszystkie inne ścianki worka. Zresztą, ściśle mówiąc, jama istniała tylko w prawej części tętniaka tam, gdzie ścianka jego nie posiadała skrzepów; co do reszty wnętrza, to takowe prawie całkowicie było wypełnione skrzepami do siebie przylegającemi, pomiędzy któremi tylko wąziutkie istniały szczeliny, w które naturalnie krew musiała przenikać, zważywszy, pod jakiem ciśnieniem znajduje się tuż po wyjściu z serca.

W przypadku więc powyższym, jak nas szczegółowy opis anatomopatologiczny przekonał, mieliśmy do czynienia z olbrzymim tętniakiem aorty wstępującej, łuku i części aorty zstępującej. Worek tętniaka znacznych rozmiarów był prawie w zupełności wypełniony skrzepami bardzo dawnego pochodzenia: niektóre z nich przedstawiały twardość chrząstkowatą, obok tego serce było bardzo nieznacznie powiększone.

Tym to okolicznościom głównie przypisać należy niezwykłe trudności jakie przedstawiało za życia należyte rozpoznanie choroby, nawet przez niezmiernie biegłych dyjagnostyków, jak np. Skoda, o czem wyżej wspomniałem. Nader powolnemu rozwojowi tętniaka musiały towarzyszyć takie okoliczności (prawdopodobnie zaś owrzodzenia miażdżycowe znajdujące się pierwotnie na jego ściance wewnętrznej), że ręka w rękę z rozwojem jego postępowało powolne odkładanie się i następne twardnienie skrzepów krwi; tym sposobem kiedy poraz pierwszy t. j. przed laty 13 lekarz badający wykrył istnienie guza w śródpiersiu, wówczas worek tętniaka musiał być już zupełnie wypełnionym owym skrzepem; wówczas również już brakło wszelkich zazwyczaj spostrzeganych objawów fizykalnych, towarzyszących większym tętniakom aorty piersiowej (szmery, unoszenie częściowe klatki piersiowej, opóźnienie tętna w tętnicach obwodowych i t. p.) Obraz ten kliniczny pozostał od owego czasu do chwili śmierci chorego

niezmienionym, gdyż rzeczywiście klinicznie mieliśmy tylko objawy znacznego guza w śródpiersiu, gdy wskutek zapchania zawartości worka tętniakowego skrzepami, krew przypływając z lewej komórki sercowej nietylko, że nie wchodziła w rozszerzone, lecz przeciwnie w nieco stosunkowo zwężone łożyskq; ztąd wynikał naturalny brak tak zwanych przy rozpoznawaniu tętniaka fizykalnych objawów: jak wstrząsanie częściowe skurczowe klatki piersiowej, opóźnienie tętna w tętnicach nieco oddalonych od serca, szmer tętniaka i t. p.

Również na uwagę zasługuje przyczynowość tego tętniaka. Wywiady nie wykazały nam żadnej jasnej przyczyny. Badanie pośmiertne wyżej opisane wykazało, że obok tętniaka, ścianki tegoż jako też cała aorta piersiowa usiane były wyspami skostniałemi lub zchrząstniałemi sprawy miażdżycowej, obok tego aorta wstępująca poniżej wyjścia tętniaka była znacznie zwężona przez rodzaj chrząstkowatej półksiężycowej fałdki. Wedle więc wszelkiego prawdopodobieństwa, istotną przyczyną tętniaka była sprawa miażdżycowa aorty, która sprowadziła nietylko utratę sprężystości ścianek lecz jednocześnie i zwężenie aorty. Te dwie przyczyny były dostateczne do wywołania powstania tętniaka. Na uwagę jednak zasługuje ta okoliczność, że tak rozległa sprawa miażdżycowa aorty przebiegała bez najmniejszych podmiotowych objawów dla chorego, jak to bowiem wspomniałem w wywiadach, chory do chwili pierwszej duszności nietylko że żadnej ważniejszej choroby nie przechodził, ale nawet nigdy przechodnio, nic mu nie dolegało. Obok tego równie zasługuje na uwagę wiek bardzo wczesny, w którym owa sprawa miażdżycowa u chorego wystąpiła. W chwili bowiem kiedy po raz pierwszy tętniak został rozpoznany, chory liczył niespełna lat 30; sprawa ta jednak prawdopodobnie kilkoma laty wcześniej się rozpoczęła; o ile zaś znane opisy anatomo-patologiczne nas przekonywają, tak rozprzestrzeniona sprawa miażdżycowa między rokiem 20 a 30-ym życia jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem.

Również zasługującym na uwagę w danym przypadku jest długotrwały przebieg cierpienia. Jakto bowiem wyżej wielokrotnie wspomniałem, już w roku 1864 t. j. przed trzynastu laty lekarz badający wykrył objawy guza w śródpiersiu tej samej wielkości, jaka pozostała do samego zejścia śmiertelnego; trudno zaś przypuścić aby tętniak tak olbrzymi powstał w krótkim przeciągu czasu, tem bardziej, że już wówczas musiał być on zupełnie wypełniony skrzepami, o czem świadczył najlepiej brak wszelkich objawów przemawiających za tętniakiem. Lata więc całe musiały upłynąć zanim on się wytworzył, tembardziej, że jak to wyżej wspomniałem prawdopodobnie przyczyną jego była sprawa przewlekle przebiegająca: miażdżycowa ścianki wewnętrznej aorty, która w następstwie nietylko wytworzyła zupełne niemal zwyrodnienie tejże ścianki, lecz jednocześnie wyżej wzmiankowane zwężenie aorty. Sądzę więc, że śmiało przyjąć można, że w danym przypadku cierpienie trwało przeszło lat piętnaście, co w każdym razie należy do rzadkości, na 30 bowiem przypadków tętnia-

ka aorty piersiowej szczegółowo zestawionych przez Lebert'a [1]) przebieg cierpienia wynosił od $1/2$ do 4 lat, przeciętnie $1^1/_4$ lat. Tembardziej długotrwały ten przebieg zasługuje na uwagę, że jak słusznie Quincke [2]) utrzymuje, u osobników młodych, posiadających jeszcze silną czynność serca, cierpienie to prawdopodobnie przybiera skłonność do szybszego przebiegu. Długotrwały przebieg w danym przypadku jedynie wyjaśnić sobie można istniejącą skłonnością do wytwarzania ścisłych w worku tętniaka skrzepów, które powoli ulegając przemianom wytworzyły wreszcie zbitą chrząstkowatą massę i zmieniły do tego stopnia światło worka tętniakowego, że krew idąca z aorty, właściwie mówiąc, wpływała nie w rozszerzone, lecz w nieco zwężone światło; tym sposobem, uniemożebniało się dalsze rozszerzenie worka, któreby doprowadziło niewątpliwie do pęknięcia tegoż.

W ten sposób przychodzi do skutku tak zwane samodzielne wyleczenie tętniaków, i nasz przypadek był na tej drodze; tylko zboczenia wywołane w sąsiednich narządach (ucisk tchawicy) przeszkodziły w dojściu do tego pożądanego celu i sprowadziły zejście śmiertelne.

Objąwszy raz jeszcze myślą cały przebieg choroby, zastanówmy się czyby nie można z niego wyprowadzić jakich wniosków praktycznych pod względem dyjetetycznego i leczniczego traktowania tętniaka w ogóle. A naprzód: jaki był rodzaj życia chorego, który mu dozwolił przeżyć jako tako, a chwilami nawet bez żadnych cierpień, przez lat 15 z takim olbrzymim guzem w klatce piersiowej, uciskającym najważniejsze narządy oddéchania i krążenia? Nazywam guz olbrzymim, ponieważ w ciągu lat kilku od początku spostrzegania choroby dosięgnął on takiej wielkości i następnie już bardzo mało się powiększał. Chory zawsze pozostawał w dobrych warunkach higijenicznych: miał wszystkie wygody życia przy znacznej pracy umysłowej. Noce nawet często przepędzał bezsennie do późna w gronie przyjaciół, grywając po 5—6 godzin w karty, przyczem się nie obeszło bez wypicia kilku kieliszków wina. Pod względem pożywienia — zawsze przekładał pokarmy mięsne, silnie pożywne. Ruchu używał umiarkowanie. Wychodząc z zasady, że w danym przypadku ciągle podejrzywano jakiś nowotwór podejrzanej przyrody, dyjeta odżywcza była zawsze choremu zalecaną. Przychodzące od czasu do czasu napady duszności, usuwano w ciągu doby najczęściej zastosowaniem na klatkę piersiową odciągnięcia krwi zapomocą gorczyczników i baniek suchych. Okłady lodowe dopiero wtedy były stosowane, gdy napady stawały się częstszemi i kojarzyły się z silnym bólem między łopatkami, dozwalającym choremu chodzić jedynie w postawie zgarbionej. Przy bezsenności zupełnie wystarczał chloral. Zdarzało się nieraz, że przy silnej duszności po zadaniu chloralu, gdy się chory przez kilka godzin przespał, duszność zupełnie ustępowała. Środki czyszczące, które zpoczątku

[1]) Lebert: *Krankheiten der Gafässe* w Virchow'a Szczegółowej Patologii.

[2]) Quincke: *Krankheiten der Arterien* w Ziemssen'a Szczegółowej Patologii. T. VI.

na ogólnych zasadach i stosując się do rady Oppolzer'a stosowane były, musiały następnie zupełnie być odsuniętemi, wywoływały bowiem znaczny upadek sił i przedłużały wyraźnie wyzdrowiewanie po napadach. Ale za to najkorzystniej wpływały na chorego, górskie powietrze i podróże letnie. Chory wyjeżdżał do Reinerz, Reichenhallu lub Gleichenberga, i zwykle po upływie kilku tygodni pobytu w tych miejscowościach znacznie się poprawiał. Po takiej podróży wracał zwykle dobrze odżywionym, silnym, ze zdrową cerą i przybytkiem kilkunastu funtów wagi. Napady duszności wtedy po kilka miesięcy nie przychodziły. Słowem widocznemi były dobroczynne skutki górskiego powietrza i dobrego odżywiania. Chory do ostatnich chwil życia prawie, odbywał podróże bez szkody dla swego zdrowia. Ostatnim razem nawet w napadzie nadzwyczajnej duszności, odbył jednym ciągiem podróż z Warszawy do Wrocławia. Przybył tam daleko spokojniejszy, i miał następnie noc wcale spokojną, jako też i dzień następny. Tego nie można inaczej objaśnić, jak tylko ożywczym wpływem świeżego powietrza i właściwością tętniaka, który nie przedstawiał żadnej możliwości pęknięcia, będąc napełnionym skrzepami wyżej opisanemi.

Ostatecznie do tego przychodzimy wniosku, że dyjeta pożywna, świeże powietrze, w ogóle dobre warunki higijeniczne, obszernie zastosowane dopomagają tworzeniu się skrzepów w tętniaku i przy możliwym zbiegu okoliczności mogą nawet sprowadzić zupełne ich w ten sposób wyleczenie, możliwe rzeczywiście jedynie na tej drodze. Tymczasem zalecane powszechnie zachowywanie się dyjetetyczne, unikanie pokarmów mięsnych, środki przeczyszczające zubożają krew, a przez to wywołują łatwość przesięków i doprowadzają chorego do charłactwa, w którem kończy życie, najczęściej w skutek obrzęku płuc, jeżeli nie w następstwie pęknięcia tętniaka, przyśpieszonego brakiem odżywiania i zanikiem ścian worka tętniakowego.

Дозволено Цензурою. Варшава, 11 Апрѣля 1877 г. W drukarni M. Ziemkiewicza, Krak.-Przedm., Nr. 415.